# Vereinbarung Nachteilsausgleich

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname / Vorname der Schülerin / des Schülers: |       |
| Geburtsdatum: |       |
| Aktuelle Schulsituation: |

|  |
| --- |
| Kindergarten [ ]  Primarschule [ ]  Sekundarstufe [ ]   |
| Klasse:       Niveau:       |

 |
| Klassenlehrperson: |       |
| Fachperson (SHP, SozPäd, Assistenz, Logopädie etc.): |       |
| Abklärungsstelle: | [ ]  Schulpsychologischer Dienst BL (SPD)[ ]  Kinder- und Jugendpsychiatrie BL (KJP)Vor- und Nachname:       |
| Diagnose:       |
| Geltungsbereich:       |
| Spezifische Massnahmen (gemäss Konzept Nachteilsausgleich):       |
| Gilt für Schuljahr: |       |
| Unterschriften aller Beteiligten: |  |
| Schulleitung | Schülerin / Schüler |
|  |  |
| Klassenlehrperson | Eltern / Erziehungsberechtigte  |
|  |  |
| Fachperson |  |
|  |  |